

**Anlage 2 – Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation**

Framarz Alizadeh	25.02.2001	23123
Name, Vorname	Geburtsdatum	Versichertennummer)
Dorotheenstraße 136		233232
Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort		Pflegekasse

**Ich beantrage die Kostenübernahme für:**

☒ zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI/ bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI. **Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.**

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel- positionsnummer	Rechen- größe	Menge/Fak- tor bitte eintragen	Erläuterung
<b>Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)</b>				
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	1	
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	0	
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	0	
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	1	
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	0	
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	0	
Schutzschürzen – wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	0	
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	0	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml	0	Bei 500 ml bitte den Faktor 5 bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml	0	
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	0	
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	0	

☐ Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	Rechen- größe	Menge ein- tragen	Erläuterung
<b>Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)</b>				
Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4 (Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!)	1 Stück	1	

**durch folgenden Leistungserbringer:**

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen
Standard Systeme GmbH, Schellerdamm 22-24, 21079 Hamburg	330 204 836

☒ Ich wurde vor der Übergabe des Pflegehilfsmittels/der Pflegehilfsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere darüber

- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind,
- die ich ohne Mehrkosten erhalten kann.

Form des Beratungsgesprächs:

- ☐ Beratung in den Geschäftsräumen  
☒ Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat)  
☐ Beratung in der Häuslichkeit

Der o. g. Leistungserbringer hat

- ☐ mich persönlich und/oder  
☒ meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen)

beraten.

Datum der Beratung:

21.12.2024

Beratende/r Mitarbeiter/in:

Frau Shahin Alizadeh

☒ Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) verwendet werden dürfen.

☒ Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

21.12.2024

Datum

Die Unterschrift wurde am 21.12.2024 von  
Framarz Alizadeh getätigt.

Unterschrift der/des Versicherten

\*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzl. Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

**Genehmigungsvermerk der Pflegekasse**

☐ PG 54

bis maximal des monatlichen Höchstbetrages  
nach § 40 Absatz 2 SGB XI

☐ PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI

☐ PG 51 mit Zuzahlung

☐ PG 51 ohne Zuzahlung

☐ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

☐ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

(Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

## Versichertenerklärung zur versorgung mit Pflegehilfsmittel

Name: Framarz Alizadeh  
Anschrift Dorotheenstraße 136

Pflegekasse: 233232  
Pflegegrad: 1  
Versichertennummer: 23123

Geburtsdatum 25.02.2001

Leistungsbringer: **Meine Pflegebox**

Ich beauftrage oben angegebene Leistungsbringer, die Kosten für die von mir gewählte Pflegehilfsmittel direkt mit der Krankenkasse abzurechnene.

Die Pflegehilfsmittel kann ich nur von dem oben genannten Leistungsbringer erhalten, bis ich den oben genannten Leistungsbringer schriftlich kündige.

Mir ist bekannt, dass andernfalls entstehende Kosten von mir zu tragen sind.

Bei längere Aufenthalt in einer stationären Einrichtung (z.B. Krankenhaus) ist von mir dem oben genannten Leistungsbringer mitzuteilen, um zeitüberschneidungen der Versorgung mir Pflegehilfsmittel zu vermeiden.

Mir ist bekannt, dass die Leistungspflicht der Pflegekasse begrenzt ist.

Die Unterschrift wurde am 21.12.2024 von  
Framarz Alizadeh getätigt.

21.12.2024

.....  
Datum und Unterschrift der Versicherte/Betreuer

.....  
Datum, Unterschrift und Stempel der Leistungsbringer

